ZARZĄDZENIE NR 52/2021

Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Słupsku

z dnia 10.12.2021 2021 r.

w sprawie wprowadzenia wzoru karty pobytu dziecka

Na podstawie § 17 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie instytucjonalnej pieczy zastępczej (Dz. U. z 2011 roku, Nr 292, poz. 1720 z późn. zm.) i § 6 ust. 5 pkt 4 Regulaminu Organizacyjnego Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Słupsku zatwierdzonego Zarządzeniem Nr 88/ZiSS/2021 Prezydenta Miasta Słupska z dnia 5 lutego 2021 roku w sprawie zatwierdzenia Regulaminu Organizacyjnego Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodziny w Słupsku, zmienionego zarządzeniem Nr 876/ZiSS/2021 Prezydenta Miasta Słupska z dnia 24 listopada 2021 roku w sprawie zmiany Zarządzenia Nr 88/ZiSS/2021 Prezydenta Miasta Słupska z dnia 5 lutego 2021 roku w sprawie zatwierdzenia regulaminu organizacyjnego Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie.

zarządzam, co następuje:

§ 1.

Wprowadzam wzór karty pobytu dziecka w Placówce Socjalizacyjnej „Mój Dom – Moja Przyszłość" stanowiący załącznik do niniejszego Zarządzenia.

§ 2.

Wykonanie zarządzenia powierzam Kierownikowi Działu Placówek Socjalizacyjnych „Mój Dom – Moja Przyszłość".

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR
Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie
w Słupsku
Marcin Treder

RADCA PRAWNY
Edyta Zubka

Załącznik nr 1 do zarządzenia nr..... z dnia.....

KARTA POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE

Imię i nazwisko dziecka .....
Karta sporządzona od ..... 20....roku do ..... 20.....roku

Lp.	obszar	Data wpisu	opis, ważne informacje	Czytelny podpis wypełniającego
1.	Relacje dziecka z rodzicami i innymi osobami bliskimi			
2.	Funkcjonowanie społeczne w placówce			
3.	Funkcjonowanie społeczne poza placówką			

Samowolne opuszczenia placówki przez dziecko:

Lp.	Data opuszczenia placówki (godzina)	Data powrotu do placówki (godzina)	Podjęte działania	Czytelny podpis osoby wypełniającej

Kontakty ze szkołą, do której uczęszcza dziecko

Lp.	Data kontaktu	Imię i nazwisko nauczyciela	Dokonane ustalenia	Czytelny podpis osoby wypełniającej

Informacja o podawanych dziecku lekach

Lp.	Nazwa leku	Przez kogo zalecone podawanie leku	Czas podawania leku	Częstotliwość podawania leku	uwagi	Czytelny podpis osoby wypełniającej

Informacja o pobytach dziecka w szpitalach

Lp.	Nazwa i adres szpitala	Termin pobytu w szpitalu	Podstawa umieszczenia w szpitalu	Przyczyna umieszczenia w szpitalu	Czytelny podpis osoby wypełniającej

Współpraca placówki z instytucjami i organizacjami działającymi na rzecz dziecka i rodziny, w tym z asystentem rodziny

Lp.	Nazwa instytucji/imię i nazwisko asystenta rodziny	Data kontaktu	Rodzaj kontaktu	Dokonane ustalenia - opis współpracy	Czytelny podpis osoby wypełniającej